

CIRCLE登録票 (1)

(1) 患者さんのお名前

姓 (漢字):	
名 (漢字):	

姓 (カナ):	
名 (カナ):	

姓 (英字):	
名 (英字):	

(2) 同意者 (未成年の場合は代諾者)

姓 (漢字):	
名 (漢字):	

姓 (カナ):	
名 (カナ):	

姓 (英字):	
名 (英字):	

(3) 患者さんとの関係 (選択)

※ 4. その他の場合、よろしければ以下に内容をご記入ください。

(4) 患者さんの生年月日

年	月	日
---	---	---

CIRCLE登録票 (2)

(5) 患者さんの性別（選択）

(6) ご記入日

年	月	日
---	---	---

(7) e-mail（普段からご利用のアドレスをご記入ください）

Email :	
----------------	--

※ 可能であれば携帯三社ではないアドレス（gmailやyahooなど）をご利用ください。

Email :	
----------------	--

※ 確認のため同じアドレスを二度ご記入ください。

(8) 連絡先電話番号（10・11桁、ハイフンは入れずに詰めてご記入ください）

TEL :	
--------------	--

(9) ご希望の連絡方法（選択）

(10) ご希望の連絡曜日（選択、複数回答可、未使用枠は空白で構いません）

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(11) ご希望の連絡時間帯（選択、複数回答可、未使用枠は空白で構いません）

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

※ 5. その他の場合、ご希望の時間帯を教えてください。

CIRCLE登録票 (3)

(12) 自宅郵便番号(7桁、ハイフンは入れずに詰めてご記入ください)

Post :

(13) 自宅住所1 (都道府県, 市区町村)

(14) 自宅住所2 (上記以降)

(15) 年齢が18歳以上の場合、患者さんに同意能力がありますか？ (選択)

(16) 患者さんに該当する臨床研究・治験の提案がある場合、(選択)

(17) 患者さんは現在治験に参加されていますか？ (選択)

※ 1. の場合、治験の名前・内容を分かる範囲で教えてください。

(18) 患者さんはこれまでに他の医療データベースに情報を登録していたことが、(選択)

※ 1. の場合、データベースの名前を分かる範囲で教えてください。

CIRCLe登録票 (4)

(19) 通院先のCIRCLe参加医療機関名

1. 当てはまる医療機関を選択してください。

2. 診察券番号をご記入ください（ハイフン等は入れずに詰めてご記入ください）

(20) 胆汁鬱滞性肝疾患の診療の目的でCIRCLe参加医療機関以外に通院した医療機関を、最大二つまで教えてください。

(1つ目)

1. 当てはまる医療機関名をご記入ください。

2. 診察券番号をご記入ください（ハイフン等は入れずに詰めてご記入ください）

(2つ目)

1. 当てはまる医療機関名をご記入ください

2. 診察券番号をご記入ください（ハイフン等は入れずに詰めてご記入ください）

■事務局記入欄（以下は記入しないでください）■

本研究ID: _____

登録票受領者: _____

登録票受領日: _____

CIRCLE登録票 (5)

患者さんの出産についてお母さまへの質問です。

(1) 年齢(出産時, 半角)

才

(2) 身長(現在, 半角)

cm

(3) 体重(母子手帳をご確認ください, 半角)

妊娠前 : kg

出産直前 : kg

(4) 血圧値(母子手帳をご確認ください, 半角)

妊娠初期 : 最高 / 最低

出産直前 : 最高 / 最低

(5) 定期的に通院して診察、検査、治療を受ける必要のある (あった) 病気はありますか? (選択)

※複数回答可、未使用欄は空白で大丈夫です。

9. がある場合、病名を記載してください :

(6) 喫煙について教えてください(選択)

妊娠(妊娠判明2カ月以内) :

妊娠期間中 :

CIRCLe登録票 (6)

患者さんの出産についてお母さまへの質問です。

(7) 飲酒に関して教えてください(選択)

※ 日本酒一合の目安は以下になります：

ビール 500 mL、焼酎 (25度) 110 mL、ウイスキーダブル 1杯 (60 mL)、ワイン 2杯 (240 mL)

妊娠判明前の頻度：

妊娠判明前の飲酒日の酒量：

妊娠期間中の頻度：

妊娠期間中の飲酒日の酒量：

(8) 出産した医療機関名

(9) 陣痛促進剤 (点滴) の使用の有無(選択)

(10) 分娩時間(半角, 母子手帳をご確認ください)

時間

(11) 出血量(半角, 母子手帳をご確認ください)

mL

(12) 出産前後2-3日以内の発熱(選択)

(13) 妊娠回数(今回を含む, 選択)

回

(14) 分娩回数(今回を含む, 選択)

回

CIRCLe登録票 (7) 患者さんのお父さまへの質問です。

(1) 年齢(現在, 半角) 才

(2) 身長(現在, 半角) cm

(3) 体重(現在, 半角) kg

(4) 定期的に通院して診察、検査、治療を受ける必要のある(あった)病気はありますか?(選択)

※ 複数回答可、未使用欄は空白で大丈夫です。

7. がある場合、病名を記載してください：

(5) 喫煙について教えてください(選択)

1年前：

現在：

(6) 飲酒について教えてください(選択)

※日本酒一合の目安は以下になります：

ビール 500 mL、焼酎(25度) 110 mL、ウィスキーダブル 1杯(60 mL)、ワイン 2杯(240 mL)

頻度：

飲酒日の酒量：

■事務局記入欄(以下は記入しないでください)■

本研究ID: _____

登録票受領者: _____

登録票受領日: _____